

総合歯科医休業補償制度 (所得補償保険)

医師賠償責任保険

異動承認請求書

歯科医院経営研究会
株式会社損害保険ジャパン
東京海上日動火災保険株式会社 御中
以下のとおり異動承認請求致します。(西暦) 年 月 日

如									
理	医	院							
欄	有	無							

加入者および被保険者は募集文章または損保ジャパンのホームページ(http://www.sompo-japan.co.jp)に掲載の個人情報の取扱に同意します。

保険契約者

氏名
自宅



住所・氏名変更の場合
左に必ず旧住所・旧氏
名でご記入下さい。

被保険者

氏名
自宅



契約者と異なる場合の
みをご記入・ご捺印下さ
い。

異動事項

1. 住所変更 (① 保険契約者, ② 被保険者)

フリガナ
(新住所)

(TEL)

2. 氏名変更 (① 保険契約者, ② 被保険者)

フリガナ
(新氏名)



または

3. 満期退会

(西暦) 年7月1日付にて、総合歯科医休業補償制度(所得補償保険・医師賠償責任保険)を退会致します。

4. 中途退会

① (西暦) 年 月1日付にて、総合歯科医休業補償制度(所得補償保険)を退会致します。ついては最終月 月分掛金 円は、 月5日銀行口座よりの自動引落としにてお支払い致します。

② (西暦) 年 月1日付にて、医師賠償責任保険を退会致します。ついては最終月 月分掛金 円は、 月5日銀行口座よりの自動引落としにてお支払い致します。

退会の請求は、本請求書
が退会前月20日までに到
着したもものつき、翌月1
日(午後4時)付にて退会
扱いとなります。

(ただし掛金のお支払い
は、退会月の5日請求分
が、最終(前月保険料)と
なりますのでご注意ください
い。)

5. 支払い金融機関変更

下記金融機関に変更致しますので、(西暦) 年 月5日請求分より
新指定口座にて自動引落とし下さい。

支払い口座の変更は毎月
20日到着、翌々月5
日より新口座への請求
となります。

6. その他

預金口座振替依頼書

顧客名 (会員名)	
フリガナ	

私(以下甲)が
金額を乙に支払うについては、貴行(金庫・組合)における甲名義の下記口座か
ら当該金額を引落しのうえ支払われたく、裏面各条項確認のうえ依頼します。

(西暦) 年 月 日

顧客番号	提携コード(ユージーカード)
	0260861899 (休補)

銀行コード	銀行	支店コード	支店
	金庫・組合		御中
預金者名	フリガナ		
指定口座	種別	口座番号	口座番号
	1. 普通・総合 2. 当座 3. ()		

依頼書記入内容に不備がありましたら、下記該当
個所に○印のうえ()
までご返送下さい。

(金融機関へお願い)

- 届け印相違
- 届け住所相違
- 名義相違
- 印不鮮明
- サイン暗証(もれ、相違)
- 口座番号相違
- 預金種別相違
- 口座該当なし